

195
Aus der Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr.med. H. S c h e l l e r

Auriculotemporalis - Syndrom und Neuralgie des N.auriculo-
temporalis.

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität

Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Heinz | R e u l

aus Hof/Saale

Würzburg 1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153517_0047

Aus der Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr.med. H. S c h e l l e r

Auriculotemporalis - Syndrom und Neuralgie des N.auriculo-
temporalis.

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität

Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Heinz R e u l

aus Hof/Saale

Würzburg 1958

Referent: Professor Dr. med. H. S c h e l l e r

15. 5. 58

Tag der Promotion:

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Vorstehende Arbeit befaßt sich mit den a t y p i -
s c h e n T r i g e m i n u s n e u r a l g i e n
und bespricht an Hand eines Krankheitsfalles der
Universitäts - Nervenklinik Würzburg ausführlich das
"A u r i c u l o t e m p o r a l i s - S y n d r o m".

Von den zahlreichen Schmerzen und Mißempfindungen,
die in den verschiedensten Körpergegenden auftreten
können und bei denen die sinnliche Komponente, eine
schmerzhaft, körperliche Mißempfindung, im Vorder-
grund steht, nimmt der neuralgische Gesichtsschmerz
eine Sonderstellung ein. Bei dem typischen, neural-
gischen Gesichtsschmerz handelt es sich um einen an-
fallweise auftretenden Schmerz, der sich streng auf
das Distributionsgebiet des N. trigeminus beschränkt.
Besonderes Kennzeichen der Trigeminusneuralgie ist
die Intensität des Schmerzcharakters. Nach S c h e l -
l e r hat eigentlich nur die "Neuralgie des N. glos-
sopharyngicus" ein ähnliches Ausmaß an Schmerzinten-
sität. Als charakteristische Symptome einer echten,
idiopathischen bzw. genuinen Trigeminusneuralgie gel-
ten folgende Kriterien:

1. Unerwartetes blitzartiges Einsetzen der Schmerz-
anfälle.
2. Klare Definition der Schmerzqualität.

3. Einseitigkeit der Schmerzanfälle.

4. Auslösbarkeit derselben durch Sprechen, kalte Getränke usw.

Neurologisch läßt sich bei einer genuinen Trigemineuralgie praktisch so gut wie nie ein entsprechender Befund erheben.

Im Gegensatz zu diesen somatischen Schmerzen, die streng an den Versorgungsbereich des cerebrospinalen Nerven gebunden sind, kennt man andere Syndrome neuralgischer Gesichtsschmerzen. Diese erscheinen im allgemeinen diffuser und werden auf einen Reizzustand im gesamten Ausbreitungsgebiet der aus dem Carotisgeflecht stammenden vegetativen Bahnen bezogen. Diese Bilder hat man unter der Bezeichnung "t i e f e P r o s o - p a l g i e", oder "S y m p a t h a l g i e" oder auch "C a r o t i d y n i e" zusammengefaßt. Diese Krankheitsbilder werden von S c h e l l e r sicher zu Recht in die Gruppe der atypischen Gesichtsneuralgien eingereiht. Auch S c h e l l e r vertritt die Meinung, daß sie wahrscheinlich auf eine Affektion der vegetativen in die Leitungsbahnen der Hirnnerven eingeschalteten Ganglien zu beziehen sind. G a g e l hat versucht die Besonderheit dieser atypischen Gesichts-

neuralgie, einer Sympathalgie, durch folgende Merkmale von der genuinen Trigeminusneuralgie abzugrenzen:

1. Das nicht so blitzartige Einsetzen und längere Anhalten der Schmerzanfälle.
2. Das Unvermögen des Kranken die Qualität seiner Schmerzen, die am zutreffendsten noch als Brennen zu bezeichnen sind, genauer zu definieren, sowie die Verbindung der Schmerzen mit einer Empfindung von Schauern und Ameisenlaufen innerhalb des Schmerzbereichs.
3. Das Übergreifen der Schmerzen vom Gesicht auf die Schläfe, den Hals, die Schulter, ja sogar den Arm bis auf die Hand.
4. Die deutliche Zunahme der Schmerzen bei seelischen Erregungen, ganz gleich ob freudiger oder trauriger Natur, umgekehrt die Linderung bei absoluter Ruhe.
5. Das häufige Einhergehen der Schmerzen mit einem unerklärlichen Angstgefühl.

Eine andere Gruppe atypischer Gesichtsneuralgien ist durch eine besondere somatotopisch - begrenzte Akzentuierung charakterisiert.

So hat S l u d e r im Jahre 1918 das Krankheitsbild der "Neuralgie des Ggl. sphenopalatinum" beschrieben, die auch nach ihm als die "Sludersche Neuralgie" bezeichnet wird. Sie soll durch ziehende, oft kontinuierliche, seltener aber auch anfallartig sich steigernde Schmerzen am inneren Augenwinkel, im Augapfel, an der Nasenwurzel, sowie in der Tiefe der Nase, des Oberkiefers und des Gaumens gekennzeichnet sein. Besondere Druckpunkte sollen am inneren Augenwinkel und hinter dem Warzenfortsatz aufzufinden sein.

Die "C h a r l i n s c h e - N e u r a l g i e" oder auch die "Neuralgie des N. nasociliaris" hat ihre besondere Symptomatik in heftigen Schmerzen im inneren, oberen Augenwinkel, die auf der gleichen Seite in den Nasenrücken ausstrahlen. Die Nasenschleimhaut ist geschwollen, überempfindlich und häufig besteht eine Hypersekretion aus der Nase. Auf Druck und spontan ist der Augapfel ausgesprochen schmerzhaft. Das Auge ist gerötet und es besteht im Anfall oft Tränenträufeln.

Eine andere Neuralgieform ist die "H u n t s c h e - N e u r a l g i e" oder "Neuralgie des Ggl. geniculi bzw. des Intermedius". (H u n t 1909). Bei ihr

treten sowohl anfallartige wie kontinuierliche Schmerzen im Bereich der sog. Huntschen Zone (Trommelfell, äußerer Gehörgang und Teile der Ohrmuschel) auf, die gelegentlich mit Geschmackssensationen, sowie Tränen - und Speichelfluß verbunden sind.

Eine Ergänzung der verschiedenen atypischen Formen neuralgischer Gesichtsschmerzen ist in dem von R i e - c h e r t veröffentlichten Fall zu sehen, der von ihm als "Neuralgie des Plexus tympanicus" in Abgrenzung zu der "Glossopharyngicus - Neuralgie" aufgefaßt worden ist.

Hinsichtlich atypischer Gesichtsneuralgien sei neben der bereits angeführten "Neuralgie des N. glossopharyngicus" noch auf die "Neuralgie des N. laryngicus sup." hingewiesen.

Im Handbuch der inneren Medizin (4.Aufl., 1953, 5.Bd., 2.Teil, S.101) hat S c h e l l e r bei der Besprechung der "Neuralgie des Ggl. geniculi bzw. des Intermedius" - bei der sog. "Huntschen - Neuralgie" - auf eine weitere atypische Neuralgieform hingewiesen. Diese hat zwar ihrem Schmerzcharakter und der Schmerzlokalisation nach Ähnlichkeit mit der "Huntschen - Neuralgie", ist aber durch ganz auffallende neurologi-

sche Kennzeichen von ihr abtrennbar. Es handelt sich um das von F r e y 1923 meines Wissens erstmals ausführlich beschriebene "S y n d r o m des N. a u - r i c u l o t e m p o r a l i s". Als besonders kennzeichnende Symptome sind dabei von ihm herausgestellt worden:

1. Schmerzen im Hautversorgungsgebiet des N. auriculotemporalis.
2. Hyperästhesie an der Haut im gleichen Bezirk für alle Qualitäten.
3. Profuse Schweißsekretion ebendort im Gefolge von Erregungen, Anstrengungen oder beim Essen.
4. Rötung und Temperaturerhöhung im gleichen Bezirk.
5. Quantitative und qualitative Störungen der Ohrspeicheldrüsensekretion.

Die Beobachtungen F r e y s stützten sich auf einen Patienten, dessen Beschwerden im Anschluß an eine Schußverletzung hinter dem Unterkieferwinkel aufgetreten waren.

Im oben zitierten Handbuch werden von S c h e l - l e r die von F r e y bereits angeführten besonderen Merkmale noch dahingehend erweitert, daß die Schmerzen in der Tiefe empfunden werden und nach der vorderen Gehörgangswand und dem Kiefergelenk aus-

strahlen und, daß sich hier auch ein Druckpunkt befindet.

Ergänzend wird hierzu von S c h e l l e r eine Beobachtung bei einem Kranken mitgeteilt. Es fand sich dort, wo der Nerv unter die Haut tritt, also zwischen dem Kiefergelenk und der vorderen Wand des äußeren Gehörganges eine knollige Verdickung, die offenbar dem Nerven angehörte. Druck im Bereich dieser Stelle löste prompt einen Anfall aus.

Nach einer Beobachtung von V e h, die er 1952 in einer Arbeit "Zur Differentialdiagnose atypischer Schmerzen im Kopf- und Gesichtsbereich" mitgeteilt hat, handelt es sich um einen Kranken, bei dem seit der Operation eines malignen Parotistumors links umschriebenes Schwitzen auftrat. Es kam jedesmal beim Essen zu einem heftigen Schweißausbruch auf der linken Schläfen-Wangengegend, der so stark war, daß die Schweißperlen von der Wange abtropften.

7 Jahre später traten Schmerzen in Form eines dumpfen, aber erträglichen Dauerschmerzes in der Tiefe des Ohres mit äußerst quälenden, stundenlang anhaltenden nächtlichen Exacerbationen auf, deren Zentrum im vordersten Gehörgangsabschnitt und in der Gegend des Kiefergelenkes lag. Auf der Höhe des Anfalles bestand manchmal derartige Überempfindlichkeit der Ohr-

muschel, daß Patient den Antitragus, die Concha und den Zugang zum äußeren Gehörgang nicht berühren konnte, um nicht unerträgliche stechende oder reißende Schmerzen auszulösen. Diese strahlten dann meist in die anliegende Schläfenregion, weniger zum Hinterhaupt und in den Nacken und nur ganz selten in die Fossa retromandibularis aus.

Nach V e h waren keine besonderen Ursachen für die Auslösung der Schmerzattacken bekannt. Die Schweißabsonderung lief nicht synchron den Schmerzattacken, sondern war an die Kaubewegungen gebunden. Die Schweißsekretion erwies sich als völlig unabhängig vom Geschmackssinn. So führten Geschmacksreize allein nicht zum Auftreten von Schweißperlen. Erst Kaubewegungen brachten nach etwa einer Minute langsam die Schweißsekretion in Gang.

Diagnostische Merkmale für ein "S y n d r o m des N. a u r i c u l o t e m p o r a l i s" sind nach V e h :

1. Schmerzen im Versorgungsgebiet des N. auriculotemporalis.
2. Sensibilitätsstörungen im gleichen Bereich.
3. Umschriebene Schweißsekretion in circumscripiten, Hautabschnitten der Schläfe, vor der Ohrmuschel und

an den seitlichen Partien der Wange.

Ein weiterer kasuistischer Beitrag zum "S y n d r o m des N. a u r i c u l o t e m p o r a l i s" stellt die Beobachtung dar, die 1955 in der Universitäts - Nerven-
klinik Würzburg gemacht wurde.

Emmy G., geb. 13.12.1904, wurde erstmals am 29.7. 1955 in der Poliklinik der Universitäts - Nerven-
klinik untersucht. Vom 6. 10. 1955 - 8. 11. 1955 befand sie sich in stationärer Behandlung der Universitäts-
klinik Würzburg.

Zur Familienanamnese: Der Vater war Kaufmann, ist heute 81 Jahre alt, gesund und rüstig. Die Mutter ver-
starb 1948 im Alter von 72 Jahren. Sie habe an Migrä-
ne gelitten und außerdem sei bei ihr im Alter von 55 Jahren eine Lähmung beider Beine aufgetreten. Sie sei deswegen bis zu ihrem Tod bettlägerig gewesen. Eine eigene Schwester, 51 Jahre, lebe in voller Gesundheit. Über anderweitige Nervenkrankheiten sei in der Familie nichts bekannt.

Zur Eigenanamnese: Ihres Wissens sei sie als Kind und auch später nie ernstlich krank gewesen. Sie habe die Volksschule und anschließend die Bürgerschule besucht. Dann sei sie noch 3 Jahre in einer Klosterschule gewesen, wo sie Kochen und Nähen gelernt habe. Mit 18 Jahren habe sie sich verlobt und mit 24 Jahren geheiratet. Im Alter von 31 Jahren habe sie normal ent-
bunden. Die Tochter lebe und sei gesund. Im Alter von 33 Jahren habe sie eine Bauchhöhlenschwangerschaft gehabt. Damals sei ein Eileiter entfernt worden.

Im Alter von 16 Jahren sei sie ins Eis eingebrochen und leide seitdem an rezidivierenden linksseitigen Ischiasbeschwerden. Ein Jahr vor ihrer Eheschließung (im Alter von 23 Jahren) habe sie deswegen nur mit Stöcken gehen können. 1937 sei sie wegen ihrer Ischiasbeschwerden wiederum in ärztlicher Behandlung gewesen. Das linke Bein sei damals ganz taub gewesen. Dies habe sich 1951 wiederholt. Damals sei sie in V. im

Krankenhaus gelegen.

1950 habe sie sich durch einen Sturz auf der Treppe einen Steißbeinbruch zugezogen. 1952 habe sie bei einem Autounfall eine Gehirnerschütterung erlitten, außerdem sei der rechte Knöchel gebrochen gewesen.

Nach einem Bericht vom 14. 10. 1955 wurde bei Frau G. am 25. 11. 1953 ein 1 1/2 faustgroßer, myomatöser Tumor des Uterus festgestellt. Bei der Operation am 5. 1. 1954 fand sich nach der Eröffnung der Bauchhöhle neben starken Verwachsungen ein Myomtumor. Die linken Adnexe waren cystisch verändert. Es wurden eine supravaginale Amputation des Uterus und eine Resektion der linken Adnexe vorgenommen. Die Wundheilung verlief komplikationslos.

Nach einem Bericht vom 13. 3. 1954 trat kurz nach der Operation eine fieberhafte Parotitis links auf, die auf Penicillininjektionen wieder abklang. Vier Wochen später wurde Frau G. nach Hause entlassen.

Dem Bericht vom 13. 3. 1954 zufolge handelt es sich um eine sehr nervöse Frau, die einen kranken und gespannten Eindruck machte. Im Bereich des 2. Trigeminusastes links wurde Taubheitsgefühl angegeben. Ein sicherer Sensibilitätsausfall konnte nicht festgestellt werden. Von Frau G. wurde ferner über Schmerzen im Bereich des rechten Armes geklagt. Röntgenologisch ergab die Untersuchung der Halswirbelsäule spondylotische Veränderungen.

Bei der stationären Aufnahme in der Universitäts - Nervenlinik Würzburg am 6. 10. 1955 gab Frau G. an, daß die Operation im Januar 1954 in Lumbalanästhesie begonnen worden sei. Da sie aber während der Operation unruhig geworden sei, habe man noch zusätzlich eine Äthernarkose gemacht. Beim Erwachen aus der Narkose habe sie starke Schmerzen in der linken Hals- und Nackenseite verspürt und den Kopf nicht bewegen können. In den nächsten Tagen entwickelte sich rasch eine Parotitis mit Anschwellung des Halses bis zum linken Ohr, zur Wangenseite und bis zur Stirn. Frau G. habe dabei sehr heftige Schmerzen gehabt. Tags darauf sei auch die Zunge geschwollen gewesen und sie habe den Mund kaum öffnen können. An der linken Zungenseite habe sie starke Schmerzen verspürt. Ähnliche Schmerzen haben auch in der Rachengegend bestanden. Das Geschmacksvermögen sei in den vorderen Zungenbereichen gestört gewesen.

Von Frau G. ist ferner bei der Aufnahme am 6. 10. 1955 angegeben worden, daß sie vermehrten Speichelfluß gehabt habe und anhaltend schlucken mußte. Im äußeren linken Ohr habe sie einen dauernden Juckreiz verspürt.

8 Tage später sei die Schwellung der linken Halsseite und der darüberliegenden Wangenpartie langsam zurückgegangen. Gleichzeitig seien auch die Schmerzen weniger geworden.

6 Monate später, d.h. im Sommer 1954 seien erstmals anfallartige Schmerzen im Bereich der linken Gesichtseite aufgetreten. Die Patientin habe sie vorwiegend in der linken Wangengegend, im Bereich des linken Ohres und am linken äußeren Zungenrand gespürt. Berührungen vor dem linken Ohr hätten zu heftigsten, elektrisierenden Mißempfindungen geführt. Auch der Druck des Brillenbügels habe am linken Ohr eine Steigerung der Schmerzen verursacht.

Wegen dieser linksseitigen Gesichtsschmerzen seien der Patientin 2 Zähne links oben gezogen worden. Beim Versuch Einlagen in die Zähne zu machen seien rasende Schmerzen im Bereich der linken Gesichtshälfte aufgetreten.

Nach den Angaben von Frau G. sei im Zusammenhang mit den Schmerzanfällen auf der linken Gesichtseite ein roter Streifen unterhalb des linken seitlichen Jochbogens aufgetreten. In dieser Gegend habe sie ein deutliches Wärmegefühl verspürt und etwas später sei es regelmäßig zu einem umschriebenen Schwitzen in diesem Hautareal gekommen.

Einige Zeit später habe Frau G. beobachtet, daß es auch beim Kauen von süß-säuerlichen Speisen (Obst, Marmelade und Salat) zum Auftreten eines ähnlich roten Streifen an der linken Wange gekommen sei, wie bei den Schmerzanfällen. Dasselbe sei auch eingetreten, wenn sie harte bzw. feste Dinge gekaut habe. Der Rötung sei wiederum ein umschriebenes Schwitzen gefolgt. Erst im Augenblick des Schwitzens sei es dann zu heftigen Schmerzen in der linken Gesichtseite gekommen. Die Schmerzen seien dabei bis ins Ohr gezogen.

Hinsichtlich der Auslösung der Schmerzanfälle gab Frau G. noch an, daß neben Kaubewegungen hierfür auch Kälte und Aufregungen in Betracht kämen.

Aus der Vorgeschichte des Krankenblattes geht noch

hervor, daß Frau G. seit ihrer Jugend an migräneartigen Kopfschmerzen leide. Es wurde aber betont, daß es sich hierbei um etwas ganz anderes als bei den Gesichtsschmerzen handle. Außerdem wurde über Hitzewallungen und zeitweilig auftretende Verstimmungszustände geklagt. Auch leide Frau G. an einem zu niedrigen Blutdruck.

Untersuchungsbefunde: Bei der allgemeinen körperlichen Untersuchung wurde bei der 50-jährigen Frau G., deren Ernährungs- und Allgemeinzustand als normal zu bezeichnen war, kein krankhafter Befund erhoben. Der Blutdruck betrug 120/80 mm Hg, die Pulsfrequenz 68 Schläge pro Minute.

Neurologisch wurde eine deutliche Anisokorie gefunden. (Überprüfung des Augenbefundes durch die Universitäts-Augenklinik vom 17. 10. 1955). Die Messungen ergaben für die rechte Pupille einen Wert von 5 mm, für die linke einen solchen von 3 mm. Die rechte Pupille reagierte prompt auf Licht und Convergenz. Die linke Pupille war eine Spur entrundet und erwies sich als direkt und indirekt lichtstarr. Auf Naheinstellung erfolgte nur eine schwache Sphinkterkontraktion. Nach Cocaineinträufelung erweiterte sich die linke Pupille nicht in dem Maß wie die rechte. Der Pupillendurchmesser betrug nach der Cocaineinträufelung: rechts = 6,5 und links = 4 mm.

Augenfachärztlicherseits wurde ferner ein Enophthalmus links von 1 mm gefunden. Die Lidspalte war links ebenfalls enger als rechts. Am Augenhintergrund fanden sich keine pathologischen Veränderungen. Es waren auch keine Störungen der Augenmuskeln nachweisbar. Augenzittern wurde ebenfalls nicht beobachtet.

Seitens des N. trigeminus fand sich motorisch kein Ausfall.

Der Cornealreflex war beiderseits regelrecht auslösbar.

Bei der Sensibilitätsprüfung wurde im Versorgungsgebiet des N. auriculotemporalis links Hypästhesie und -algesie angegeben. In der Gegend des linken Kiefergelenkes bestand ein Druckschmerz.

Mit Ausnahme von beiderseits nicht auslösbaren ASR wurde neurologisch kein krankhafter Befund erhoben. Röntgenologisch fand sich eine Spondylosteocondrose der unteren Hals- und unteren Lendenwirbelsäule. Die Röntgenuntersuchung des Hirnschädels ließ keine krankhaften Veränderungen der Knochenstruktur erkennen.

Die Laboratoriumsuntersuchungen ergaben lediglich eine Lymphocystose von 50 % bei einer Leucocytenzahl von 6.100. Das rote Blutbild wies keine Abweichung von der Norm auf. Die Blutsenkung betrug 6/20 mm n.W. MKR II im Blut war negativ.

Am 12. 10. 1955 bekam Frau G. Marmelade zu essen. Es trat daraufhin prompt eine Röte in einem umschriebenen Bezirk der linken Wange ein. Diese verlief mehr streifenförmig von der vorderen Wangen - bzw. Jochbogenpartie zum lateralen Rand des Jochbogens. Diese Gegend fühlte sich deutlich wärmer an und zeigte auch vermehrte Hautfeuchtigkeit. An diese streifenförmige Rötung schloß sich bis kurz vor das Ohr ein umschriebener blasser Hautbezirk an. Die geschilderten Hautveränderungen gingen nur langsam zurück. Dies war mit experimenteller Regelmäßigkeit reproduzierbar.

Nach der Krankengeschichte wurde Frau G. mit Megaphen bis zu 6 x 2 Dragees und 3 x 1 Luminalette pro die behandelt. Daraufhin verschwanden die anfallweise auftretenden neuralgischen Schmerzen und auch die vegetativen Symptome. Außerdem wurde unter dieser Behandlung Frau G., die vorher recht stimmungslabil war, zunehmend ausgeglichener.

Frau G. konnte am 8. 11. 1955 als praktisch geheilt aus der stationären Behandlung entlassen werden.

Zusammenfassung. Bei einer 51-jährigen Kranken trat nach einer Unterleibsoperation in Lumbalanästhesie eine linksseitige Parotitis auf. Gleichzeitig wurde über Schmerzen geklagt, die in den Hinterkopf, in die linksseitige Nackenpartie und in die Schultergegend ausstrahlten. Dazu bestanden noch Schmerzen am äußeren linken Zungenrand. Es wurden keine Geschmacksreize wahrgenommen und der Speichelfluß war vermehrt. In der Gegend vor dem Ohr und über dem Jochbein links wurde Taubheitsgefühl angegeben. Diese Beschwerden schwanden mit dem Abklingen der akuten Entzündung der Ohrspeicheldrüse..

Etwa 6 Monate nach der akuten Entzündung der linken Ohrspeicheldrüse stellten sich erstmals anfallartig auftretende neuralgische Schmerzen im Bereich der linken Gesichtsseite ein. Von diesen Schmerzen war vor allem die linke äußere Wangenpartie betroffen. Sie strahlten von hier in das linke Ohr aus, nicht dagegen wie bei der akuten Parotitis in den linken Zungenrand.

Zu dieser Zeit bestanden auch keine Störungen der Speicheldrüsensekretion mehr und auch keine Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung. Von Frau G. wurde aber auch angegeben, daß in der ersten Zeit des

Auftretens der anfallartigen Schmerzattacken das linke Auge tränkte.

Frau G. machte die Beobachtung, daß mechanische Reize, wie etwa der Druck des Brillenbügels oder Berührung vor dem linken Ohr, Schmerzattacken auslösen konnten. Beim Essen von süß-säuerlichen Speisen trat auf der linken Gesichtseite an umschriebener Stelle streifenförmig über dem linken Jochbein eine Rötung der Haut und ein Wärmegefühl auf und einige Zeit danach war in dem gleichen circumscripten Hautbezirk vermehrte Schweißabsonderung festzustellen. Das Gleiche beobachtete Frau G. beim Kauen fester Speisen. Nach dem Auftreten der Schweißabsonderung setzte dann jeweils ein neuralgischer Schmerz im selben Bezirk ein, der in seiner Ausbreitung, ebenso wie die vasomotorischen Veränderungen und die Hyperhidrosis, dem Versorgungsgebiet des N. auriculotemporalis entsprach.

Alle diese genannten Erscheinungen ließen sich experimentell regelmäßig hervorrufen.

Bei der neurologischen Untersuchung fand sich ein umschriebener Druckschmerz unmittelbar vor dem linken Ohr und eine Hypästhesie und -algesie im Hautversor-

gungsbereich des linken N. auriculotemporalis.

Nachdem man nun den Krankheitsverlauf überblickt, erscheint es berechtigt folgendes hervorzuheben:

Im vorstehenden Krankheitsfall sind im Zusammenhang mit einer Parotitis diffuse linksseitige Gesichtsschmerzen aufgetreten. Diese sind sogar bis in den Hinterkopf, in die linke Nacken- und Schulterpartie ausgestrahlt. Rein symptomatologisch gesehen entspricht dies in etwa dem Krankheitsbild der "Sympathalgia faciei". Die anfangs geklagten Beschwerden würden sich nach S c h e l l e r und G a g e l auf einen Reizzustand im gesamten Ausbreitungsgebiet der aus dem Carotisgeflecht stammenden vegetativen Bahnen beziehen. Es soll auch zu einem Hornerschen Syndrom kommen. Ein solches ist während der stationären Behandlung in der Universitäts - Nervenlinik von der Augenlinik festgestellt worden.

Diese zusammen mit der Parotitis aufgetretenen Symptome sind allmählich mit dem Abklingen der akuten entzündlichen Erkrankung wieder ganz verschwunden.

Nach einem Intervall von etwa 6 Monaten sind vegetativ - vasomotorische Sensationen aufgetreten. Bei die-

sen hat es sich um eine umschriebene Rötung mit Temperaturerhöhung in dem Bereich des N. auriculotemporalis gehandelt. Danach ist es zu einer Schweißsekretion in dem gleichen Gebiet gekommen. Dieses vegetativ - vasomotorische Syndrom ist niemals ohne äußeren Anlaß aufgetreten. Es ist ausgelöst worden durch Kauen, Geschmacksreize, Temperatureinwirkungen, und zwar besonders Kälteeinwirkungen, und schließlich gelegentlich auch durch psychische Einflüsse wie Schreck und Aufregungen.

Zeitlich unmittelbar an dieses vegetative Syndrom hat sich bei der Kranken ein ausgesprochen neuralgiformes Schmerzstadium angeschlossen. Dabei haben sich die Schmerzen lokalisatorisch streng an den Versorgungsbereich des N. auriculotemporalis gehalten. Es ist also zu einer Neuralgie des N. auriculotemporalis gekommen.

Das Besondere an diesem Krankheitsverlauf ist, daß zwischen den vegetativen und den neuralgischen Symptomen ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zu verzeichnen ist. Die vegetativ - vasomotorisch - sekretorischen Erscheinungen für sich allein entsprechen dem "Auriculotemporalis - Syndrom".

Ähnliches haben S. N a s s o und L. P a r e n - z a n bei einem zweijährigen Kind beschrieben. Bei diesem bestand eine Narbe in der Ohrspeicheldrüsen- gegend nach einer Zangengeburt. D. G o a t - s c h e r berichtet von einer Frau, bei der erst- mals 6 Monate nach einer teilweisen Excision der Pa- rotis während des Essens eine Hyperämie der Stirn- Schläfen - Wangen - Ohrpartie auftrat. Nachdem die Rötung der Haut eingesetzt hatte, bildeten sich im gleichen Bezirk kleine Schweißtropfen. Diese Erschei- nungen schwanden nach dem Essen wieder. Bei der Ope- ration hatte man wegen einer chronischen Parotitis, die zu einer Versteifung des Kiefergelenkes geführt hatte, die oberflächlichen Anteile der Parotis mit dem angrenzenden Bindegewebe entfernt. Von F e g e - l e r ist über 2 Fälle berichtet worden, die auf gu- statorische und psychische Einwirkungen hin und auch auf Pilocarpin eine umschriebene Rötung, einherge- hend mit Temperaturerhöhung und vermehrter Schweißse- kretion der vom N. auriculotemporalis versorgten Hautareale, aufwiesen. Der eine Kranke, bei dem we- gen einer Parotitis beide Ohrspeicheldrüsen incidiert worden waren, zeigte diese Erscheinungen beidseitig. Bei dem anderen traten sie nur linksseitig auf; es war auch hier vorher wegen einer Parotitis eine Inci- sion erfolgt. Nach dem Sitzungsbericht der "Berliner

Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie" vom 10. 2. 1954 ist von B r e d e m a n n ein 53-jähriger Kranker vorgestellt worden, der im Anschluß an eine Appendektomie an einer purulenten Parotitis erkrankt war, die zu einer Sequestrierung der Ohrspeicheldrüse führte. 3 Wochen später trat auch bei diesem Mann beim Kauen umschriebene Schweißabsonderung der entsprechenden Gesichtsseite auf. Bei einem Schwitzversuch konnte diese Schweißbildung deutlich nachgewiesen werden. Von U. L e g l e r ist 1951 zusammenfassend über 24 Fälle berichtet worden, die entweder an eitrigen Entzündungen oder Verletzungen der Parotis erkrankt waren. Bei 7 Fällen davon ist es später zu ähnlichen lokalen vasomotorisch - sekretorischen Störungen an der Haut gekommen. Als auslösenden Faktor für die starke Hyperhidrosis hebt L e g l e r das Kauen besonders speichelerregender Speisen hervor. Auch von K a h l e , Klaus, W., und Hubert W e - s t e r m a n n wird über 4 Fälle berichtet, die nach Parotisaaffektion mit vegetativ - vasomotorischen und sekretorischen Störungen im Versorgungsbereich des N. auriculotemporalis einhergingen.

Diese in der Literatur beschriebenen Fälle werden als "Auriculotemporales - Syndrom" bezeichnet, womit schon

vom rein Begrifflichen her eine Differenzierung gegenüber der "Neuralgie des N. auriculotemporalis" zum Ausdruck gebracht ist. Dieser angeführten Kasuistik ist zu entnehmen, daß die vegetativ - vasomotorisch - sekretorischen Phänomene auch für sich allein auftreten können.

Was nun die "Neuralgie des N. auriculotemporalis" betrifft, so ist einer Mitteilung von V e h aus dem Jahr 1952 zu entnehmen, daß bei dem von ihm beobachteten Kranken, bei dem bereits 7 Jahre lang vegetativ - vasomotorische und sekretorische Störungen nach Art eines "Auriculotemporales - Syndroms" bestanden, nun anfallartig neuralgische Schmerzen einsetzten, die man auf den N. auriculotemporalis beziehen mußte.

Bei dem von mir beschriebenen Beobachtungsfall ist das Besondere, daß die vegetativ - vasomotorisch - sekretorischen Phänomene und die Neuralgie gemeinsam auftreten, wobei die "Auriculotemporalis - Neuralgie" regelmäßig unmittelbar aus dem "Auriculotemporales - Syndrom" hervorgeht.

Eine solche zeitliche Koppelung vegetativ - vasomotorisch - sekretorischer Symptome mit einem sich anschließenden echten neuralgischen Stadium ist in der

Mitteilung von V e h über den Kranken, der von F r e y beobachtet wurde, nicht zum Ausdruck gebracht.

Der 1955 in der Universitäts - Nervenklinik Würzburg beobachtete und hier beschriebene Krankheitsfall zeigt m.W. erstmals, daß ein unmittelbarer zeitlicher und wohl auch kausaler Zusammenhang zwischen den vegetativen und den neuralgischen Symptomen bestehen kann. Dabei scheinen die neuralgischen Symptome erst den vegetativen nachzufolgen. Es muß jedoch im Hinblick auf die Veröffentlichungen in der Literatur über ein vegetatives "Auriculotemporalis - Syndrom" angenommen werden, daß eine Neuralgie des N. auriculotemporalis nicht unbedingt dazu gehört. Während wir bisher Krankheitsfälle von "Auriculotemporalis - Syndrom" ohne Neuralgie und solche von "Auriculotemporalis - Syndrom" plus Neuralgie kennenlernten, scheint es Fälle von Neuralgie des N. auriculotemporalis" ohne vegetative Symptome nicht zu geben. Zumindest konnte in der Literatur hierzu kein Hinweis gefunden werden.

Als Ursache sowohl für das "Auriculotemporalis - Syndrom" als auch für die Kombination des Syndroms mit

einer "Auriculotemporalis - Neuralgie" lassen sich bei allen bisher bekannt gewordenen Fällen irgendwelche Affektionen im Bereich der Ohrspeicheldrüse oder des Kiefergelenkes nachweisen. In dieser Beziehung haben sich seit den Ausführungen von S c h e l l e r im Handbuch der inneren Medizin über die Pathogenese des "Auriculotemporalis - Syndroms" und der "Auriculotemporalis - Neuralgie" keine neuen Gesichtspunkte ergeben. S c h e l l e r schreibt hierzu, daß ursächlich fast nur entzündliche Prozesse und Traumen (vergl. Fall von F r e y) im Bereich der Parotis in Betracht kommen.

Überblickt man die bisher bekannt gewordenen Fälle von "Auriculotemporalis - Syndrom", so ist festzustellen, daß vom Zeitpunkt der Parotisaffektion, sei es ein Trauma, eine Geschwulst oder auch eine Entzündung, bis zum Auftreten der vegetativ - vasomotorisch-sekretorischen Erscheinungen jeweils immer eine gewisse Anlaufzeit erforderlich war. Zu diesem "Auriculotemporalis - Syndrom" kann sich wie in unserem Fall und bei den von V e h und F r e y beschriebenen Kranken eine Neuralgie hinzugesellen. Der Zeitpunkt, wann dies eintritt, kann offenbar recht verschieden sein. Das Intervall kann, wie bei unserer Patientin kurz sein, wie im Fall von V e h aber

auch mehrere Jahre betragen.

Zusammenfassend ergibt sich aus der Kasuistik, daß getrennt werden muß zwischen einem nur rein vegetativen "Auriculotemporal Syndrom" und einem solchen, das mit echten neuralgischen Schmerzen gekoppelt ist. Dabei kann nach dem von mir beschriebenen Krankheitsfall angenommen werden, daß gerade hinsichtlich der Neuralgie eine zeitliche Abhängigkeit zum vegetativen Auriculotemporal Syndrom zu bestehen scheint. Eine Neuralgie ohne vegetativ - vasomotorische und sekretorische Störungen im Versorgungsgebiet des N. auriculotemporalis ist m.W. bis jetzt nicht bekannt.

Alle bisher beobachteten Fälle eines vegetativen "Auriculotemporalis - Syndroms", einschließlich derjenigen, die mit einer Neuralgie einhergingen, sind dadurch gekennzeichnet, daß die vegetativ - vasomotorischen und sekretorischen Phänomene erst eine gewisse Zeit nach erfolgter Parotisaffektion (entzündlicher, traumatischer oder tumoröser Art) aufgetreten sind. Es ist nun bekannt, daß sympathische Reizzustände oft erst nach einer gewissen Zeit auftreten. Dies würde daran denken lassen, daß bei dem vegetativen "Auriculotemporalis - Syndrom" Störungen im vegeta-

tiven Sektor ablaufen.

Das Ganglion oticum liegt als abgeplatteter, länglich runder Knoten von 3 - 4 mm Länge dicht unterhalb des Foramen ovale in der Fossa infratemporalis und zwar an der medialen Seite des N. mandibularis. Nach C l a r a geht der N. mandibularis keine direkten Verbindungen mit dem Ganglion oticum ein. Lediglich der äußere Ast des N. mandibularis, und zwar der N. auriculotemporalis, steht in Verbindung mit dem Ganglion oticum. Dieses Ganglion hat ebenso wie derartige Ganglien drei Wurzeln:

1. Eine sensible Wurzel. Diese stammt aus dem dritten Trigeminasast (N. auriculotemporalis).
2. Eine parasympathische Wurzel. Diese Fasern stammen zum größten Teil aus dem N. glossopharyngicus via N. petrosus superficialis.
3. Eine sympathische Wurzel, die dem Geflecht der Arteria carotis interna entstammt.

Aus den Beobachtungen der in der Literatur beschriebenen und auch des von mir dargestellten Krankheitsfalles geht eindeutig hervor, daß das Auftreten des vegetativen "Auriculotemporalsyndroms" einmal an Kaubewegungen und zum anderen an Geschmacksreize gebunden ist. Dies läßt sich, wenn man die enge phylogene-

tische Koppelung von Geschmacksreizen und Kaubewegungen bedenkt, leicht verstehen und somit auch die Tatsache, daß Geschmacksreize für sich allein nicht genügen das oben beschriebene vegetative "Auriculotemporal-syndrom" auszulösen. Es kommt sicherlich im Rahmen des mastico - gustatorischen Reflexes den Kaubewegungen eine stärkere Rolle zu. Man darf wohl sagen, daß der Kaubewegung an sich anthropologisch gesehen die Rolle des Schrittmachers für vegetativ - vasomotorische und sekretorische Funktionseinstellungen zusteht. Eine solche Vorstellung würde sich absolut mit den bisherigen Beobachtungen über die Bedeutung von Kaubewegungen und reinen Geschmacksreizen für die Auslösung des vegetativen "Auriculotemporalis - Syndroms" decken. M.E. ist eine solche Erklärung gegenüber einer rein mechanischen Deutung durch eine eventuelle Reizung des N. auriculotemporalis infolge Kaubewegungen bedeutend befriedigender.

Das Auftreten des vegetativen "Auriculotemporal-syndroms" könnte man somit als Symptom einer ganglionären Schaltstörung und zwar einer spezifischen des Ganglion oticum auffassen.

Für das Entstehen eines vegetativen "Auriculotemporal-syndroms" scheint Bedingung zu sein, daß mit der

Parotisaffektion gleichzeitig auch eine Läsion des sympathischen Nervensystems stattgefunden hat. Hierfür würde auch die Symptomatik des vorstehend beschriebenen Krankheitsfalles sprechen. Ich weise nochmals darauf hin, daß die Beschwerden während der akuten Parotitis über das für gewöhnlich zu erwartende Schmerzausmaß hinausgegangen sind. Es ist über linksseitige Gesichts-, Hinterhaupts- und Nackenschmerzen, linksseitige Zungenschmerzen und Geschmacksstörungen, sowie vermehrten Speichelfluß geklagt worden. Man geht sicherlich nicht fehl, wenn man diese Beschwerden insgesamt als Symptom eines Reizzustandes des sympathischen Nervenplexus faßt, wie es für die Sympathalgie angenommen wird.

Für die Pathogenese der später aufgetretenen vegetativ - vasomotorischen und sekretorischen Phänomene erscheint mir dieser Tatbestand nicht unwichtig, denn nur so läßt sich das vegetative "Auriculotemporalsyndrom" als Schaltstörung des Ganglion oticum auffassen. Man könnte in Analogie zur "Sluderschen Neuralgie", d.h. der "Neuralgie des Ganglion sphenopalatinum", bei dem vegetativen "Auriculotemporalsyndrom" von einem Syndrom des Ganglion oticum sprechen. Für den atypischen Gesichtsschmerz werden ganz allgemein auch von S c h e l l e r Schaltstörungen vegetati-

ver Ganglien im Verlauf einzelner Hirnnerven angenommen.

Problematisch bleibt, warum es nur in wenigen Fällen zu echten neuralgischen Schmerzen im Verlauf des N. auriculotemporalis kommt. In dem von V e h beschriebenen Fall trat erst nach 7 Jahren eine Neuralgie auf. Über das zeitliche Intervall zwischen vegetativem "Auriculotemporalsyndrom" und dem Auftreten einer Neuralgie habe ich aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur keine eindeutigen Anhaltspunkte gewinnen können. Bei dem von mir beschriebenen Krankheitsfall sind neuralgische Schmerzen jedesmal direkt im Anschluß an ein vegetatives "Auriculotemporalis - Syndrom" aufgetreten. Man darf annehmen, daß Voraussetzung für das Auftreten neuralgischer Schmerzen ein bestimmt verändertes Gewebsumilieu ist. Diese Vermutungen sind auch der Arbeit von K a h l e und W e - s t e r m a n n zu entnehmen. Es ist ferner noch auf die Arbeit von S o r g o über die "Pathologie und Symptomatologie des peripheren vegetativen Nervensystems" hinzuweisen.

Abschließend komme ich zu dem Ergebnis, daß es sich bei der "Neuralgie des N. auriculotemporalis" um eine

symptomatische Neuralgie handelt. Sie ist damit von der idiopathischen bzw. genuinen Trigeminusneuralgie zu unterscheiden. Die Neuralgie führt zu einer anfallsweise auftretenden Schmerzexacerbation, die dem Versorgungsbereich des N. auriculotemporalis entspricht. Sie ist nach den bisherigen Beobachtungen stets an ein vegetativ - vasomotorisches und sekretorisches "Auriculotemporalisyndrom" gebunden. Sie kommt nicht isoliert als reine Neuralgie vor. Pathogenetisch finden sich sowohl bei dem vegetativen "Auriculotemporalis - Syndrom" als auch bei der Kombination mit der "Neuralgie des N. auriculotemporalis" stets Affektionen der Parotis. Diese können entzündliche Prozesse, Traumen oder Geschwülste sein. Voraussetzung für das Auftreten eines vegetativen "Auriculotemporalis - Syndrom" ist, daß es im Rahmen der Parotiserkrankung zu einer Affektion der vegetativen, in die Leitungsbahnen der Hirnnerven eingeschalteten Ganglien gekommen ist. (Vgl. Scheller: Der organische und funktionelle Kopfschmerz.)

Für das vegetative "Auriculotemporalis - Syndrom" und auch für die in Verbindung mit diesem auftretende Neuralgie darf speziell eine Schaltstörung des Ganglion oticum angenommen werden. Das vegetative "Auriculotemporalis - Syndrom" und auch die "Neuralgie des N. auriculotemporalis" könnten in Analogie zur "Slu-

derschen Neuralgie" als Neuralgie des Ganglion oticum aufgefaßt werden.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen vegetativem und neuralgischem "Auriculotemporalis - Syndrom" kann nicht angenommen werden. Für das Auftreten einer Neuralgie, die nach den bisherigen Beobachtungen nur in seltenen Fällen, entweder nach Jahren oder auch in direktem zeitlichem Zusammenhang (vgl. den vorstehend beschriebenen Krankheitsfall) mit dem vegetativen "Auriculotemporalis - Syndrom" beobachtet worden ist, sind mit großer Wahrscheinlichkeit periphere, gewebsbedingte Faktoren verantwortlich. Dabei handelt es sich vorwiegend um saure Stoffwechselprodukte. In diese Richtung geht auch die Annahme von K a h l e K.W. und H. W e s t e r m a n n über eine Dauerirritation sensibler und vegetativer Nervenfasern durch eine Parotisnarbe.

Therapeutisch ist es bei dem von mir beschriebenen Krankheitsfall mit Hilfe einer Megaphenbehandlung gelungen nicht nur die neuralgischen, sondern auch die vegetativen Symptome zum Verschwinden zu bringen. Diesen therapeutischen Erfolg wird man selbstverständlich nur mit gewissem Vorbehalt in Richtung einer ganglionären Schaltstörung auslegen können.

Zum Schluß der Arbeit ist es mir eine ganz besondere Ehre Herrn Professor Dr. med. S c h e l l e r meinen aufrichtigsten Dank dafür zu sagen, daß er mir die Arbeit gütig überlassen und mir die erforderliche Krankengeschichte anvertraut, sowie die Benutzung der Bibliothek gestattet hat. Auch Herrn Dr. med. habil. Broser, der mich mit tatkräftigem Rat unterstützte, sei an dieser Stelle bestens gedankt.

Literatur:

- Bredemann: Z. Bl. f.d. ges. Neur. und Psych.
Bd. 128, S. 424, 1954
- Clara: Das Nervensystem des Menschen, 2.Aufl.1953
- Fegeler: Z. Bl. f.d. ges. Neur. und Psych.
Bd. 122, S. 134. 1953
- Goatscher: Z. Bl. f.d. ges. Neur. und Psych.
Bd. 129, S. 392, 1954
- Kahle, K.W. und
H. Westermann: Dtsch. Z. Nervenheilk.
Bd. 169, S. 39 - 54, 1952
- Nasso und
Parenzan: Z. Bl. f.d. ges. Neur. und Psych.
Bd. 129, S. 385, 1954
- Scheller: Handbuch der inneren Medizin
4.Aufl., Bd. 5/2
Der organische und funktionelle Kopfschmerz. "Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", 28.-29.6.1952
- Sorgo: Dtsch. Z. Nervenheilk.
Bd. 162, S. 284-298, 1950
- Veh: Nervenarzt 23.Jhrg., 1952, S. 380 - 388.

Lebenslauf.

Ich, Heinz, Max, Walter Reul, wurde am 31. Januar 1923 zu Hof/Saale geboren.

Nach meiner Volksschulausbildung besuchte ich das humanistische Gymnasium in Hof/Saale und erhielt am 24. Juli 1942 mit meiner Einberufung aus der 8. Klasse zum Wehrdienst das Reifezeugnis.

Meine Militärdienstzeit führte mich über Frankreich nach Rußland, wo ich am 5. Juli 1943 durch Kopfschuß verwundet wurde. Daraufhin erfolgte am 4. März 1944 meine Entlassung aus dem Wehrdienst.

Ins Zivilleben zurückgekehrt, begann ich im Wintersemester 1944/45 an der Universität Jena mein Medizinstudium. Mußte aber bald infolge des Kriegsendes längere Zeit pausieren und konnte erst im Wintersemester 1946/47 an der Universität Erlangen mein Studium fortsetzen. Dort beendete ich es auch am 15. Juli 1952 mit meinem bestandenen Staatsexamen.

Meine Pflichtassistentenzeit leistete ich an der medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Hof/Saale ab. Vom 6. März 1954 bis 29. Februar 1956 war ich als Volontärarzt an der Universitäts - Nervenklinik Würzburg tätig und erhielt dort eine teils neurologische und teils psychiatrische Ausbildung. Anschließend ging ich auf die Dauer von einem Jahr als Gastarzt an die Heil - und Pflegeanstalt Bayreuth.

Jetzt bin ich seit dem 17. Oktober 1957 als Assistenzarzt am Landeskrankenhaus Heiligenhafen/Holstein.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Heinz Reul

